



Caja de Salud
Banca Privada

AVISO DE NOVEDADES DEL EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL

REGIONAL N° PATRONAL

A. SUSPENSIÓN DE ACTIVIDADES:

SUPENSION TEMPORAL

DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SUSPENSION DEFINITIVA

DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MOTIVO

B. CAMBIO DE/O:

DOMICILIO LEGAL APERTURA DE SUCURSAL

DEPARTAMENTO

CIUDAD/ LOCALIDAD

DIRECCIÓN

ZONA

EDIFICIO

N°

TELEFONO

FAX

E-MAIL

C. CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL

FUSION DE EMPRESAS

FECHA

DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D. CIERRE DE SUCURSAL:

REGIONAL

FECHA

DIA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MOTIVO

E. NUEVO REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRES Y APELLIDOS

N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

F. REINICIO DE ACTIVIDADES:

DIA MES AÑO

LUGAR Y FECHA DE PRESENTACION:

SELLO Y FIRMA DEL EMPLEADOR

FECHA Y SELLOS C.S.B.P.